

Torasik Çıkış Bası Sendromu (Olgu Sunumu)

Thoracic outlet Compression Syndrome (Case Report)

Mehmet TEZER, Mustafa TEKKEŞİN, O. Tuğrul EREN, Ünal KUZGUN

Şişli Etfal Hastanesi 1. ve 2. Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri

Özet

Omuzun ve üst ekstremitenin nörovasküler yapılarına bası, lokal bir travma veya sporculardaki gibi tekrarlayıcı aktivite sonucu gelişebilir. Sporcuların omuzlarında alışılmadık hareketler normal anatomik yapıyı patolojik hale getirir ve nörovasküler yapılara bası yaparak semptom oluşturur. Basıya uğrayan damar ve sinirlerin durumuna ve bası yerine göre semptomlar oluşur. Bu semptomlar ekstremitede halsizlikten hipoesteziye, hatta kan akımının kaybına kadar değişir.

Özgün anatomik yapının basısına bağlı spesifik sendromlar oluşur; Bunlardan en önemlisi torasik çıkış sendromudur (TÇS). Sporcularda veya kollarını sürekli başının üstünde tutarak çalışan işçilerde üst ekstremitte ağrısı varsa, ayırıcı tanıda omuzun nörovasküler bası sendromları mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Omuz, kompresyon sendromları, torasik outlet

Summary

The compression of neurovascular structures in shoulder and upper extremities may come out by a local trauma or like in sportsmen by recurrent activities. Unusual actions of shoulders in sportsmen, make the normal structure pathologic and by compressing neurovascular structures, symptoms are defined. Signs and symptoms depend on the degree to which particular nerves and vascular structures are compromised and on the position of compression. Those symptoms are changeable from weakness to anesthesia of the limb, even though venous engorgement.

According to compression of specific anatomic structure, special syndromes are occurred. The most important of those are thoracic outlet syndrome, venous thrombosis, axillary artery occlusion and quadrilateral space syndrome. The workers who are always using their arms above their heads or sportsmen should already examined based on differential diagnosis of neurovascular compression syndromes of shoulder if they had upper limb pain

Key Words: Shoulder, compression syndromes, thoracic outlet

İlk defa 1965 yılında Peet torasik çıkış sendromu terimini kullanmıştır. TÇS bu bölgedeki fibromusküler ve fibroosseöz yapılarıdaki konjenital veya sonradan kazanılmış değişiklikler sonucu oluşur. TÇS sanıldığından daha fazla görülmektedir. Buna rağmen TÇS bulguları spesifik olmadığı için teşhisi genellikle atlanmaktadır. Bazen de bu olgulara yanlış olarak fibromiyalji veya fazla kullanım sendromu teşhisi konmaktadır.

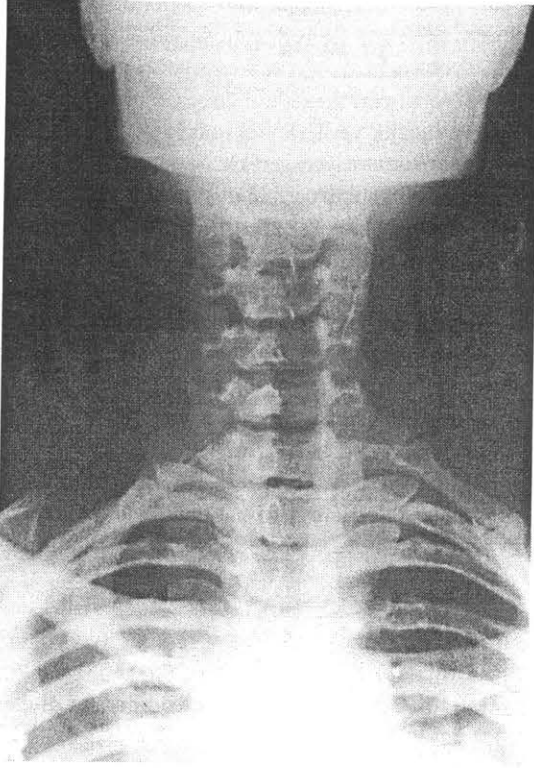
VAKA TAKVİMİ

29 yaşında ev hanımı olan hasta 1993 senesinde sol kolda yanma tarzında ağrı, uyuşma, karıncalanma

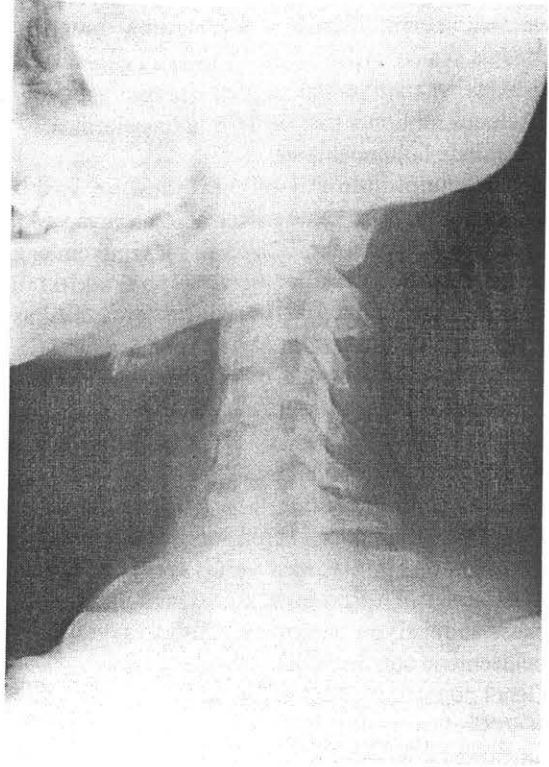
Yazışma Adresi:

Op. Dr. Mehmet TEZER Şişli Etfal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şişli İstanbul Tel:0212 231 75 37

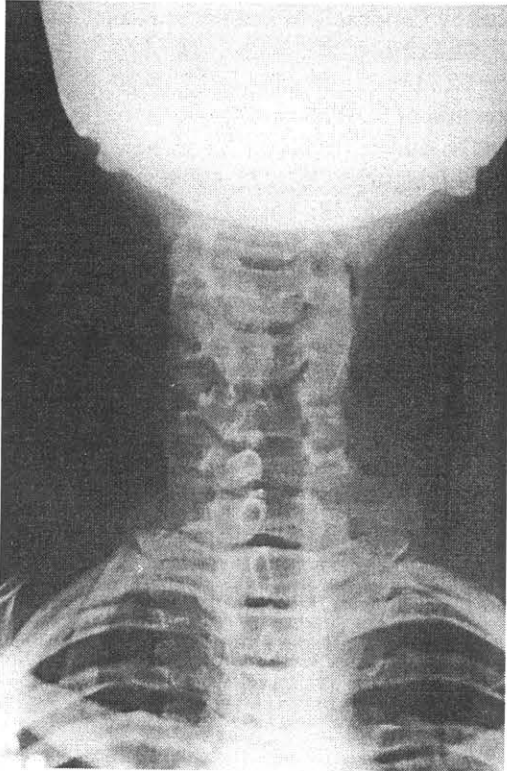
şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. 5 yıl öncesine kadar hiçbir şikayeti olmadığını ifade eden hasta benzer şikayetlerle 1991 yılında polikliniğimize başvurduğunu ve ameliyat önerildiğini belirtiyor. Hasta şikayetleri az olduğundan ameliyatı o tarihte kabul etmemiş. Seroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar ve miyeloreksan ilaçlar kullanmış. Fakat şikayetlerinin artması üzerine tekrar polikliniğimize başvurmuş. Hasta tekrar değerlendirildi. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Klinik muayenesinde sol klavikula üzerinde 4X3 cm ebatlarında fikse, sert kemik kıvamında, basmakla ağrılı kitlesi mevcut. Sol omuz hareketleri abduksiyon ve iç rotasyonda ağrılı idi. Solda Adson testi ve kostaklavikuler manevra pozitif olarak değerlendirildi. Çekilen düz röntgenogramlarında bilateral servikal kosta mevcudiyeti görüldü (Resim 1A ve 1B).



Resim 1A



Resim 1B



Resim 2

Yapılan bilgisayarlı tomografide sağda daha az olmak üzere, solda belirgin olarak servikal kostaların 1. kostalar ile eklemlendiği görüldü. Elektromiyografisinde ise herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Servikal kosta bağlı torasik outlet sendromu tanısı ile hasta yatırıldı. Hasta ameliyata alınarak, sol servikal kosta rezeksiyonu yapıldı (Resim 2). Hastada per op ve post op komplikasyon gelişmedi. Hastanın 1 ay sonra kontrolü yapıldı ve herhangi bir problem gözlenmedi. Hastanın ameliyat sonrası 1. yılda yapılan kontrolünde operasyon öncesi olan şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığı görüldü.

Tartışma

Torasik çıkış bölgesi brakial pleksus, subklavian arter ve sinirden oluşmaktadır. Bu bölgedeki bası sebepleri iki bölümde incelenebilir. Bunlar; kemik ve yumuşak dokular ile ilgili olarak ikiye ayrılır. Kemik ile ilgili sebepler tüm TÇS olgularının %30'unu oluşturur. C7 vertebraının transvers çıkıntısının fazla belirgin olması, servikal kot, 1.kot anomalileri ve kot ve klavikula kırıkları TÇS'na yol açan en önemli kemiksel sebeplerdir. Servikal kot'un insidensi yaklaşık %0.5 tir. Büyüklüğüne bağlı olarak bunların ancak %10 ila %20'si semptomlara yol açmaktadır. Yumuşak doku sebepleri ise konjenital

bantlar ve ligamanlar ve de skalen kaslardaki konjenital ve akiz değişikliklerdir. 1. kottan çıkan anterior ve medius skalen kaslar bazen birbirlerini çaprazlayarak subklavian arter ve brakial pleksusa bası yapabilirler. Skalenus minimus kası da TÇS'lu hastaların %30 ila %50'sinde bulunmaktadır.

Semptomatolojide çoğunlukla nöral ve vasküler sebepler birliktedir. Fakat sadece nörojen veya vasküler semptomlar görülebilir. TÇS'da en sık semptomlar ağrı ve parestezidir. Vasküler kompresyon, sıklıkla üst ekstremitede halsizlik, yorgunluk ve klodikasyo şikayetleri ile birliktedir. Venöz semptomlar TÇS'da arteryel semptomlardan daha fazla görülmektedir. Venöz tutulumlarda üst ekstremitede ödem, ağırlık ve siyanoz tespit edilmektedir (1,2). Nadir görülmekle birlikte arteryel tutulumlarda soğukluk, nabızsızlık ve hareket kısıtlılığı görülür.

Doğru bir klinik muayenenin servikal bölge ve omuz çevresinde yoğunlaşması ve üç ayrı spesifik testin uygulanması (Adson testi, kostaklavikuler manevra, hiper abduksiyon manevrası) kompresyonun yerini belirlemede çok önemlidir (3).

Genel populasyonda asemptomatik kişilerin yaklaşık %50'sinde pozitif Adson testi olabileceği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (1,2). Gerçek pozitif test klinik ile uyumlu olan değerlendirmeler sonucunda kabul edilir. Bunun yanında birçok yardımcı testler uygulanmaktadır. Teşhiste EMG'nin duyarlılığı azdır. Negatif EMG TÇS'nu ekarte ettirmez. Skalen blok teşhiste çok yararlıdır.

TÇS'nun erken belirtileri karpal tünel, pronotor teres, kubital tünel sendromlarını taklit edebilir. Bu nedenden distal bası sendromları bulguları gösteren hastalarda TÇS'undan şüphelenilmelidir. TÇS olan hastaların yaklaşık %40 ile %50'sinde fizik muayenede distal bası sendromu bulguları vardır. EMG bulguları da distal bası bulguları gösterebilir.

TÇS olan hastaların karşı ekstermitesini aşırı kullanmaya bağlı ağrılıdır. TÇS'lu hastaların çoğunda miyofasiit arasındaki bağ tam olarak anlaşılmasa da miyofasiit ilk bulgu olarak ortaya çıkarsa cerrahi sonrası prognoz kötüdür.

TOS'un ilk tedavisi nonspesifiktir. Çoğu hastalar, stroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlarla ve sebebiyet veren hareketlerden uzak durarak başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Kemik anomalisi olmayan hastalarda, konservatif tedavi, fizyoterapi ve kas gevşetici ilaçları içerir. Uygun fizyoterapi, sıcak masaj, aktif boyun egzersizleri, süperior trapezius kasının kuvvetlendirilmesi, postural bozukluğun düzeltilmesinden ibarettir. Özellikle omuz düşüklüğü

olan hastalarda omuz kaslarının güçlendirilmesi ve postürdeki düzelme ile iyileşme sağlanabilir. İyi bir rehabilitasyona rağmen ağrı ve fonksiyonel yetmezlikler devam ediyorsa cerrahi tedavi önerilir. Nadiren akut vasküler yetmezlik ve ilerleyici nörolojik semptomlar için cerrahi dekompresyon gerekir. Sendroma sebebiyet veren bazı durumlar için cerrahi uygulanır ve 1. servikal kostanın eksizyonu, skalenus antikus kasının tenomyotomisi, oklüzyon yerinde olan torakstaki fibromusküler bantların serbestleştirilmesi yapılabilir. Birçok araştırmacı, cerrahide iyiden mükemmelere uzanan cevaplar bulmuşlardır. Ya hasta seçimi veya bir başka nörolojik sendrom ile ilişkili olan durumlarda yanlış, güven vermeyen sonuçlar da elde edilmiştir (3, 4, 5, 6). TÇS daha çok orta yaşta şişman kadınlarda ve kaslı ve sportif erkeklerde görülür. Bu tip hastalarda miyofasiit, distal sinirlerin bası sendromu var ise aslında çokta nadir görülmeyen TÇS'undan şüphe edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Atasoy E: Thoracic Outlet Compression Syndrome. Orthop Clin North Am. 27: (2) 265- 303, 1996.
2. Lowdon IMR: Neurocirculatory Disturbances of the Extremities. In Robert BD, George B, eds Mercer's Orthopaedic Surgery. 9th ed. London, Sydney, Auckland, etc: Arnold, 886-888, 1996.
3. Adson AW: Surgical Treatment for Symptoms Produced by Cervical Ribs and the Scalenus Anticus Muscle. Clin Orthop 207: 3-12, 1986.
4. Baker CL, Liu SH, Blackburn TA: Neurovascular Compression of the Shoulder. In: Adrews JR, Wilk KE, eds The Athlete's Shoulder. 1st ed. New York, etc: Churchill Livingstone, 261-272, 1994.
5. Lord JW, Wright IS: Total Claviclectomy for Neurovascular Compression in the Thoracic Outlet. Surgery Gynecology-Obstetrics 176: 609-612, 1993.
6. Wood VE, Bionti J: Double Crush Nerve Compression in Thoracic Outlet Syndrome. J. Bone Joint Surg.: 72(A): 85-87, 1990.